



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : EKATERINA CHAGEEVA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 15-May-1988 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : EJ28-I2E2-C2CF-2CDE PAYER : NAS VN
رقم البطاقة شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R11.11 - Vomiting without nausea, E86.0 - Dehydration, R50.9 - Fever, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

: Enter Aetiology

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS

:

Complaint

pc : sore throat for 4 days associated with cough which is procuctive , yellow sputum

vomitting , fever which is low grade for 3 days

bodyache , weakness , reduced appetite

epigastric pain assoc with taking oral meds

hx food allergy

العراض المرضية

o/e :

look lethargic

dehydrated

hyperemia of pharynx

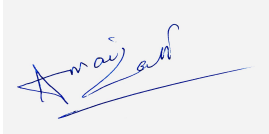
chest : wheezing

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	:	جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 01/04/2025
توقيع وختم الطبيب			التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	